

Solicitud Cambio o Añadir Preceptor Interno Técnico de Farmacia

Cambio Farmacia Cambio de Preceptor Añadir Preceptor

NUMERO DE CERTIFICADO DE INTERNO TECNICO EXPEDIDO: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONO: _____ CORREO ELECTRONICO _____

Certificación de Interno

(Para ser llenado por el farmacéutico que supervisará el aprendizaje)

Yo, _____ vecino de _____, mayor de edad, declaro que:

UNO: QUE soy farmacéutico autorizado a ejercer mediante licencia expedida por la Junta de Farmacia.

DOS: QUE conozco personalmente a _____ y me consta de propio conocimiento que es persona que goza de buena reputación, la considero acreedora a que se le expida un CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TECNICO DE FARMACIA.

TRES: QUE me comprometo a supervisar personalmente y a hacerme responsable de dicho aprendizaje por un periodo de tres (3) años, comenzando en la fecha que la Junta de Farmacia expida el certificado.

CUATRO: QUE me comprometo a certificar luego a la Junta de Farmacia el resultado de tal aprendizaje.

Dado en _____, Puerto Rico a los _____ días del mes _____ del año _____.

FIRMA EL FARMACEUTICO

NOMBRE Y DIRECCION FARMACIA

(NUM. LICENCIA) (NUM. DE REGISTRO)

NUMERO DE TELEFONO

Certificación

Yo _____ vecino(a) de _____

mayor de edad Farmacéutico (a) autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta de Farmacia de Puerto Rico, cuyo número de licencia es _____, DECLARO

QUE estoy supervisando el INTERNADO

DE: _____.

Declaro además, que superviso a los siguientes Técnicos con Certificado Permanente:

1. _____ Núm. Cert. Permanente _____

2. _____ Núm. Cert. Permanente _____

3. _____ Núm. Cert. Permanente _____

4. _____ Núm. Cert. Permanente _____

Estudiantes de Farmacia o Interno Técnico de Farmacia (nombre, univ, horario)

1. _____ Univ. _____ Horario _____

2. _____ Univ. _____ Horario _____

Por la Ley 247 de 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, un Farmacéutico podrá supervisar con relación a la dispensación de medicamentos en un mismo horario a no más de cinco (5) Técnicos de Farmacia, o a un (1) Interno de Farmacia o Interno de Técnico de Farmacia, para un máximo de (5) cinco personas bajo su supervisión.

FECHA

FIRMA FARMACEUTICO

NOMBRE DE LA FARMACIA

DIRECCION COMPLETA DE LA FARMACIA

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TECNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISION. SI SUPERVISA OTRO INTERNO TECNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.

HORARIO DE PRÁCTICA DE FARMACIA

DIAS	MAÑANA (AM)	TARDE (PM)	NOCHE (PM)	TOTAL DE HORAS
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				
DOMINGO				
TOTAL DE HORAS SEMANALES				

COMENTARIOS: _____

Fecha

Firma del Preceptor

<i>HORARIO DEL PRECEPTOR</i>	
<i>Lunes</i>	_____
<i>Martes</i>	_____
<i>Miércoles</i>	_____
<i>Jueves</i>	_____
<i>Viernes</i>	_____
<i>Sábado</i>	_____
<i>Domingo</i>	_____

Firma del Solicitante

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.

Instrucciones para el Solicitante

1. Los solicitantes deberán proveer toda la información requerida en la solicitud.
2. Los derechos a pagar por el CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TECNICO DE FARMACIA, es de \$15.00 dólares en giro postal o bancario a favor del SECRETARIO DE HACIENDA.
3. **NINGUNA PERSONA** podrá empezar la práctica como INTERNO TECNICO DE FARMACIA, sin haberse provisto un Certificado de Registro expedido por la Junta y de hacerlo, se expondrá a las penalidades fijadas por la Ley.
4. El interno de técnico de farmacia, solo podrá actuar como tal bajo la supervisión inmediata de su farmacéutico preceptor. Un interno de técnico de farmacia no podrá, en ningún momento, ejercer las funciones de un técnico de farmacia certificado, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 247.
5. La práctica de Interno Técnico de Farmacia empezará a contar desde la fecha de recibo del Certificado de Practicante para Estudiantes Aspirantes a Técnicos de Farmacia.
6. El certificado de practica **NO ES RENOVABLE**. De tener alguna dificultad que impida continuar la práctica, deberá notificar a la Junta de Farmacia y devolver el certificado original.
7. **RECUERDE SACAR COPIA DE SUS DOCUMENTOS.**

Requisitos

(LA SOLICITUD DEBERA VENIR ACOMPAÑADA CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS)

- 1) SOLICITUD debidamente cumplimentada
- 2) COPIA del Certificado de Registro de Profesionales **VIGENTE** de su preceptor
- 3) COPIA de la Carta de Certificación de Colegiación **VIGENTE** de su preceptor, actualizado.
- 4) ORIGINAL Certificado de Interno Técnico de Farmacia.
- 5) Copia de la Matricula
- 6) ORIGINAL Certificación Negativa de ASUME con vigencia de 30 días.
- 7) ORIGINAL Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico (No más de un (1) mes de expedido a la fecha en que radica la solicitud).
- 8) Un sobre pre-dirigido con sello.
- 9) Traer las horas practicadas y la juramentación de las mismas con el preceptor
- 10) Giro a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de **\$15.00** dólares o ATH, Visa o Master Card.

NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS

PARA USO DE LA JUNTA

CERTIFICADO DE INTERO/ESTUDIANTE

CAMBIO DE PRECEPTOR

AÑADIR PRECEPTOR

SOLICITUD APROBADA

SOLICITUD DENEGADA

SOLICITUD CONDICIONADA

RAZON: _____

SOLICITUD EVALUADA POR:

Miembro de Junta

FECHA DE EVALUACION: _____

Miembro de Junta